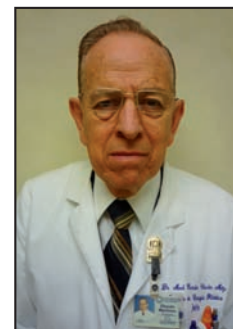


# Simplificando el tratamiento quirúrgico de la sonrisa gingival

## Simplifying the surgical treatment of the gummy smile



Chacón Martínez, H.

Chacón Martínez, H.\*, Castro Govea, Y. \*\*, Pérez Porras, S.\*\*\*,  
Vázquez Costilla, O.\*\*\*, González Cárdenas, H.R.\*\*\*\*, Mendoza Adam, G.\*\*\*\*\*

### Resumen

La sonrisa es una de las expresiones más comunes del ser humano como muestra de satisfacción, alegría o felicidad. Algunas personas al sonreír muestran la encía por encima de la base de los dientes, lo que ocasiona un aspecto antiestético. Esta situación repercute negativamente en el individuo, ya que altera la espontaneidad de la expresión facial. En el origen de la sonrisa gingival intervienen factores dentales, esqueléticos y de tejidos blandos.

Proponemos una variante quirúrgica innovadora para corregir la sonrisa gingival en pacientes con alteraciones de los tejidos blandos.

Se intervinieron quirúrgicamente 15 mujeres de entre 17 y 38 años de edad. En 7 de ellas se practicó rinoplastia además de corrección de la sonrisa gingival. Las 8 restantes se sometieron exclusivamente a corrección de la sonrisa gingival.

Las 15 pacientes intervenidas mejoraron su apariencia y autoestima. No hubo complicaciones o problemas relacionados con la herida quirúrgica. Los resultados han sido permanentes a medio y largo plazo. La sonrisa de las pacientes es normal, mejoró su expresión y se conservaron la sensibilidad y la función muscular.

La técnica propuesta es sencilla y de fácil reproducción; el tiempo quirúrgico estimado es de una hora y la operación es de tipo ambulatoria. Suele ser bien tolerada por los pacientes y no altera sus actividades cotidianas.

**Palabras clave** Sonrisa gingival, Labio corto, Labio largo.

**Código numérico** 25232-281

### Abstract

Human beings possess a highly expressive face, there are people who when smile, show the gums above the base of the teeth causing an antiesthetic aspect. This situation has negative repercussions altering the spontaneity of the facial expression. In the etiology of the gingival smile, dental, skeletal and soft tissue factors take part.

We present a new surgical variant that offers an excellent alternative for the treatment of the gingival smile with soft tissue alterations.

Fifteen female patients were treated; 7 had rhinoplasty together with correction of gingival smile; the remaining 8 patients were exclusively gingival smile surgery; ages varied from 17 to 38 years.

All the treated improved their appearance and self-esteem. There were no complications or problems related to the wound. The results are permanent in the medium and long term and the patient's smile is normal because of improvement of their expression, maintaining muscular function and sensitivity.

The proposed technique is simple, easily reproducible, ambulatory and with an average operating time of one hour. It is well tolerated by the patients since it does not interfere with their daily activities.

**Key words** Gingival smile, Short lip, Long lip.

**Numerical Code** 25232-281

\* Jefe del Servicio.

\*\* Coordinador de Investigación y de la Clínica de Cirugía Craneofacial

\*\*\* Profesor del Servicio

\*\*\*\* Médico Interno de Pregrado

\*\*\*\*\* Médico Pasante en Servicio Social

## Introducción

El ser humano posee una cara altamente expresiva. Emociones como la ira, tristeza y alegría se manifiestan mediante la función armónica de la musculatura facial. La sonrisa es una de las expresiones más comunes como muestra de alegría, felicidad o gratitud. Cuando es armónica, el individuo eleva el labio superior (no más arriba de la línea gíngivodentaria), lo que origina un aspecto estéticamente agradable. Sin embargo, algunas personas muestran la encía por encima de la base de los dientes, lo que produce un aspecto antiestético que hace que frecuentemente eviten sonreír o se cubran la boca con la mano o con algún objeto para no hacer evidente el problema. Por tanto, la sonrisa gingival repercute negativamente en el individuo alterando la espontaneidad de su expresión facial y en algunas ocasiones desencadenando complejos de conducta. Peck et al. describieron la sonrisa gingival como la exposición de la encía sobre los incisivos centrales superiores durante una sonrisa amplia; otros autores toman como parámetro de referencia 2 mm de exposición gingival (1-6).

Consideramos que existe sonrisa gingival cuando hay exposición de la encía de más de 2 mm; para tal efecto, proponemos clasificar esta alteración en 3 grados según la magnitud del defecto:

Grado I (leve): 2-4 mm de exposición del borde dentogingival.

Grado II (moderada): 4-6 mm de exposición.

Grado III (severa): 6 o más mm de exposición.

En la etiología de la sonrisa gingival intervienen factores dentales, esqueléticos y de tejidos blandos y su combinación explica en gran parte el origen del defecto (7,8). El factor esquelético involucrado es el exceso de crecimiento vertical del maxilar superior.

Peck et al. consideraron que la relación entre la longitud del labio superior y la altura de la corona clínica de los incisivos superiores influye significativamente en el origen de la sonrisa gingival. Algunos autores sugieren que la edad influye de alguna manera en el origen de la sonrisa gingival. Tjan y cols. presentan una prevalencia del 11 % de sonrisa gingival en una población de hombres y mujeres de 20 a 30 años de edad en la ciudad de Los Ángeles, California (EEUU). Otros autores consideran que la posición del labio superior tiende a ser más baja con la edad, y por consiguiente, la prevalencia de sonrisa gingival es menor en edades más avanzadas (7).

Ya durante el Renacimiento se describieron algunas técnicas para corregir el labio superior corto ocasionado por problemas de tipo traumático, congénito, etc. En 1643 se menciona la sección del frenillo del labio superior y durante los siglos XVIII y XIX se planteó la extracción de los dientes como posible solución para la sonrisa gingival (1).

En 1979 Lintton y Fournier desarrollaron una técnica simple para corregir la sonrisa gingival consistente en la

resección de la mucosa del labio superior en forma de elipse, aproximando y suturando los bordes; los resultados fueron poco satisfactorios y todos los pacientes tratados con este procedimiento requirieron una segunda operación que consistió en miomectomía y nueva resección de mucosa gingival (9).

El tratamiento clásico, hasta hace poco, incluía manipulación quirúrgica del labio superior; sin embargo dejaba como secuela un labio corto que en ocasiones incrementaba la sonrisa gingival. Estos procedimientos estaban dirigidos a corregir la patología existente empleando técnicas laboriosas que dejaban cicatrices visibles y, muchas veces, un nuevo problema que resolver en el aspecto estético (10).

Kawamoto propuso para pacientes con síndrome de cara larga una osteotomía tipo Lefort I del maxilar superior, con la que se corrige la altura vertical de la cara y consecuentemente, la sonrisa gingival (11). En 1983 Miskinyar describió un procedimiento en el que se incide de manera transversal el fondo de saco gíngivolabial, se localiza el músculo elevador del labio superior y se secciona por debajo de su inserción ósea, evitando la tracción que ejerce sobre el labio superior. Consideramos que dicha operación altera de manera notable el movimiento del labio superior y la expresión facial (2).

Proponemos una variante quirúrgica para la corrección de la sonrisa gingival que mantiene la movilidad del labio superior sin dejar cicatrices visibles y conserva la estética facial. Dicha técnica consiste en liberar de su inserción ósea los músculos elevadores del ala de la nariz y del labio

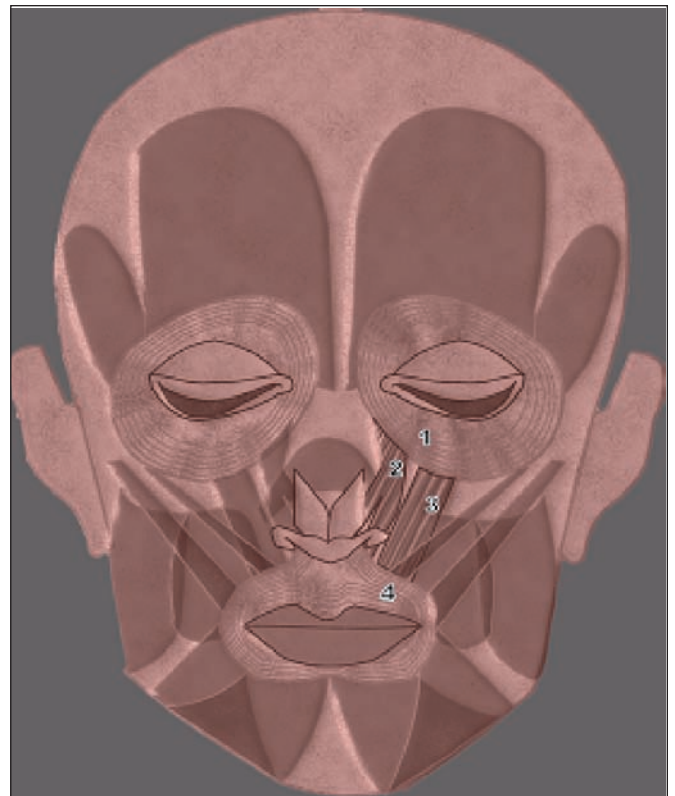


Fig. 1. Esquema que muestra los músculos faciales. 1. Músculo orbicular de los ojos. 2. Músculo elevador común del ala de la nariz y del labio superior. 3. Músculo elevador propio del labio superior. 4. Músculo orbicular de los labios.

superior (fascículos común y propio) para insertarlos en un plano más inferior (Fig. 1). Esto hará descender el labio, que por otro lado conservará su integridad y su función. Nos enfocamos particularmente hacia el tratamiento de aquellos pacientes en los que la sonrisa gingival deriva principalmente de la alteración de los tejidos blandos, de factores dentales y pacientes con alteración esquelética de grado leve que no están interesados en corregir el problema esquelético de fondo (12). La variante quirúrgica que presentamos mejora el aspecto de su sonrisa.

## Material y método

Hemos tratado 15 pacientes de sexo femenino, cuyo rango de edad osciló entre los 17 y los 38 años, con un promedio de 21 años. En 7 pacientes practicamos conjuntamente corrección de la sonrisa gingival y rinoplastia y en 8, corregimos exclusivamente la sonrisa gingival.

El diagnóstico de sonrisa gingival se realizó en base a la exploración física complementada con estudios radiográficos y cefalométricos. Las pacientes se dividieron según el defecto que presentaban de acuerdo a la clasificación expuesta anteriormente: Grado I (8 pacientes), Grado II (5 pacientes), Grado III (2 pacientes).

El protocolo quirúrgico incluyó: historia clínica completa, exploración del grado y causa de la sonrisa gingival, modelos dentales y fotografías clínicas. Después del procedimiento se valoró la sonrisa mediante una "sonrisa amplia" y fotografías para control a mediano y largo plazo.

### Técnica Quirúrgica

La cirugía se realizó en todos los casos bajo anestesia local y sedación. Para la infiltración anestésica local empleamos lidocaína al 1 % con epinefrina 1: 100, 000. Previa asepsia y antisepsia infiltramos la solución en el fondo de saco vestibular superior a nivel de la zona subnasal; posteriormente realizamos una incisión de aproximadamente 3 cm, dejando una ceja de 3 mm de mucosa por encima del surco gingival, lo cual facilita el cierre de la herida. A continuación, iniciamos disección subperióstica que incluyó la pared anterior del seno maxilar, el borde infraorbitario y malar, evitando dañar el nervio infraorbitario. Localizamos la base de inserción de los músculos elevador común del ala nasal y del labio superior y del elevador propio del labio superior, que fueron liberados de su inserción ósea. A las pacientes a las que solamente se les corrigió la sonrisa gingival, se les solicitó que sonrieran para corroborar la ubicación de dichos fascículos y facilitar su desinserción (Fig. 1 y 2). Posteriormente, identificamos el haz nasolabial y el fascículo incisivo que son prolongaciones del músculo semiorbicular superior (Fig. 3), los liberamos de su inserción para reinsertarlos al periostio justo por debajo de la espina nasal anterior, aplicando dos puntos de sutura (vicryl 3-0). Finalmente, verificamos el sangrado y realizamos cierre de la mucosa en forma de V-Y con vicryl 4-0 (Fig. 4). No fue necesaria la colocación de drenajes en

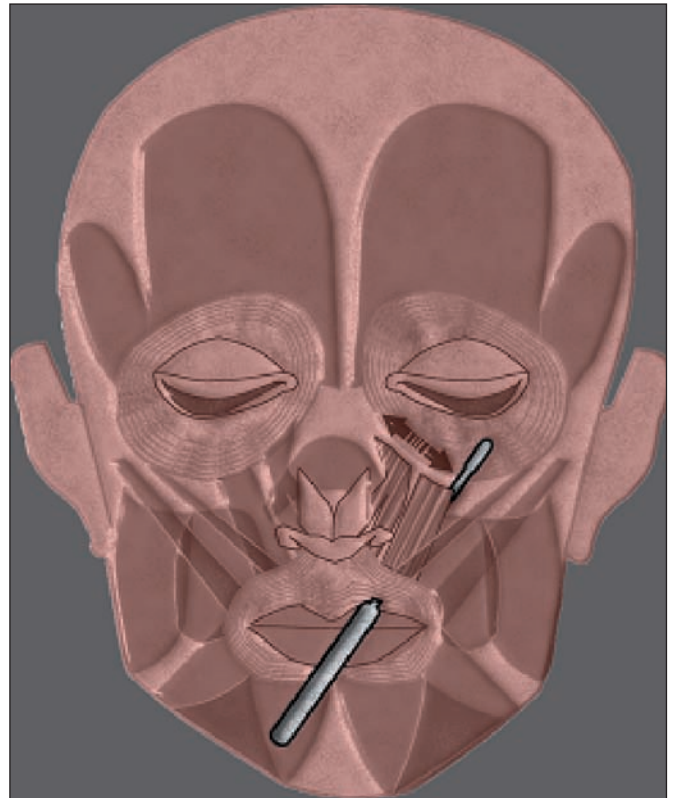


Fig. 2. Separación de los músculos elevadores del ala de la nariz y del labio superior de su inserción ósea.

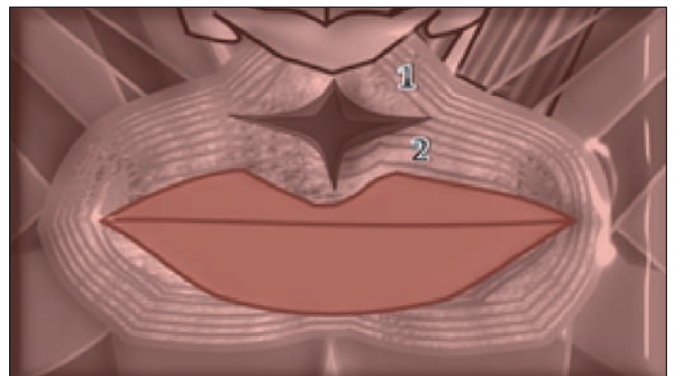


Fig. 3. Esquema que muestra: 1. Fascículo nasolabial. 2. Fascículo incisivo comisural del músculo semiorbicular superior.

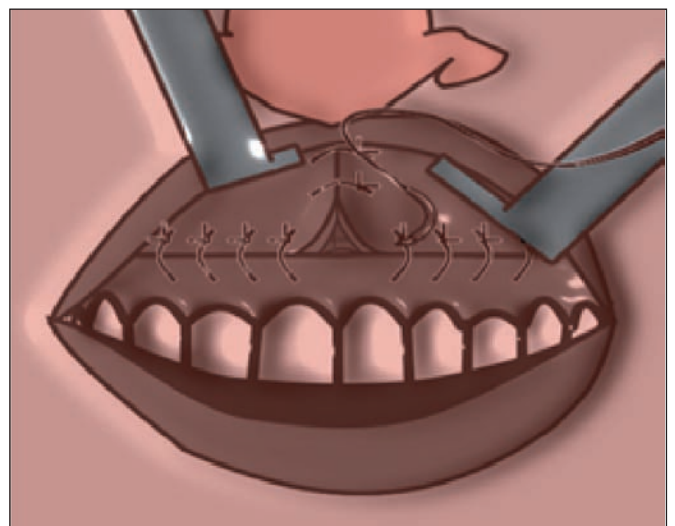


Fig. 4. Sutura de la mucosa en forma de V-Y.



Fig. 5. A) Mujer de 22 años con sonrisa gingival



B) Aspecto postoperatorio a los 8 meses.



C) Aspecto postoperatorio a los 3 años.



Fig. 6. A) Mujer de 18 años con sonrisa gingival.

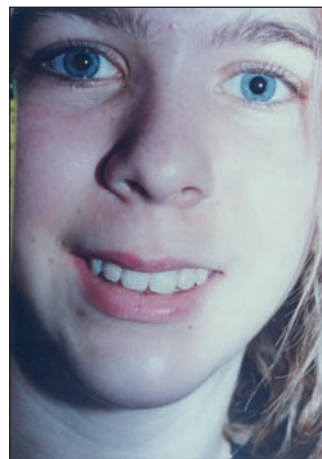


Fig. 6. B) Aspecto postoperatorio a los 18 meses

ninguno de los casos. Prescribimos Cefalexina 500 mg vía oral cada 8 horas de manera profiláctica, un día antes del procedimiento y 2 días después del mismo.

## Resultados

En 7 de las 15 pacientes realizamos cirugía estética de nariz además de corrección de la sonrisa gingival y restauramos el ángulo nasolabial según las proporciones ideales, con el propósito de no influir en el resultado final. El periodo de recuperación postoperatorio fue de 2 a 3 semanas. En los 8 pacientes restantes tratamos exclusivamente la sonrisa gingival y su periodo de recuperación fue de 1 a 2 semanas.

Los resultados fueron satisfactorios en todos los casos. El seguimiento postoperatorio ha sido de 4 años en 2 de las pacientes del grupo, de 3 años en 11 pacientes y de 1 año en otras 2. La exploración física demostró la limitación del ascenso del labio superior al sonreír, corrigiendo así la sonrisa gingival (Fig. 5 y 6).

No hubo complicaciones postoperatorias ni otros problemas relacionados con la herida quirúrgica.

## Discusión

Las pacientes con labio corto como defecto estético único, son un motivo de consulta frecuente para el cirujano plástico y maxilofacial. Muchos de estos pacientes consideran este defecto solamente como una variación anatómica sin importancia, pero se sabe que en otros impacta de manera significativa sobre su personalidad y autoestima, al mismo tiempo que altera la espontaneidad de su sonrisa natural (13).

Kawamoto, en 1982, diseñó un método para corregir la sonrisa gingival producida por el crecimiento óseo vertical excesivo (síndrome de cara larga), disminuyendo la altura vertical del tercio medio facial con el reacomodo espontáneo de los músculos involucrados. En este tipo de deformación, la sola manipulación de los tejidos blandos es insuficiente para corregir el problema (11).

En 1983 Miskinyar propuso la miomectomía de los músculos elevadores del labio superior, pero la técnica era destructiva y ocasionaba alteraciones sensitivas y motoras (2).

En la técnica descrita por Litton y Fournier se reseca una porción de mucosa en forma de elipse para corregir el grado leve de sonrisa gingival y para grados severos se complementa con desinserción de los músculos elevadores del labio superior. Pero se observó que esta operación es insuficiente, ya que con ella se obtiene mejoría temporal que requiere intervenciones adicionales (9).

Ezquerria y cols. señalan que el aspecto más relevante para la corrección del defecto es identificar las variables que lo originan (14).

La técnica que presentamos en nuestro estudio, además de la reinserción de los músculos elevadores del labio superior, agregó la liberación del haz nasolabial y del fascículo incisivo del músculo semiorbicular superior, que luego son fijados en la línea media, por debajo de la espina nasal anterior. Esta maniobra incorpora mayor cantidad de tejido y limita aun más el ascenso del labio superior (Fig. 3)(15).

## Conclusiones

Proponemos una técnica sencilla, ambulatoria y de fácil reproducción, con un tiempo quirúrgico promedio de 1 hora de duración y que se puede realizar bajo anestesia local. Mejora el aspecto de la sonrisa sin producir alteraciones sensitivas o motoras, pues las ramas de los nervios témporofacial y suborbitario permanecen intactas. Suele ser bien tolerada por los pacientes. Los resultados son permanentes, como se ha demostrado en el control postoperatorio a mediano y largo plazo. En ninguno de los casos se requirió otro procedimiento quirúrgico. La disección previa del músculo elevador común del ala nasal, labio superior y del elevador propio del labio superior, permite su reacomodo espontáneo a la nueva posición una vez que se reinsertan los fascículos nasolabial e incisivo del músculo semiorbicular de los labios. Con esta maniobra disminuye la elevación del labio superior y se reduce la exposición de la encía, además de incrementar el volumen del tejido por debajo de la espina nasal anterior e impedir la elevación del labio superior por encima del borde gíngivodentario.

Recomendamos este procedimiento para aquellos pacientes con sonrisa gingival producida por alteraciones de tejidos blandos, dentales y en algunos casos, cuando se acompaña de alteraciones esqueléticas en grado leve y que no están interesados en tratar su problema de fondo.

## Dirección del autor

Dr. Hernán Chacón Martínez  
Hospital Universitario y Facultad de Medicina, Dr. José Eleuterio González de la Universidad Autónoma de Nuevo León.  
Av. Madero y Gonzalitos s/n  
Col. Mitras Centro  
CP 64460  
Monterrey, Nuevo León, México.  
e-mail: goveyanko@hotmail.com

## Bibliografía

1. **Rossellin G.D, Adabbo R.W.:** "La fisura labioalveolo-palatina. Evaluación histórica de los criterios de tratamiento". Rev. Iberolatinoamericana. 1987; 3:123.
2. **Miskinyar S.A.:** "A new method for correcting a gummy smile" Plast. Reconstr. Surg. 1983; 3: 397.
3. **Lockhart R.D.:** "Anatomía Humana". Segunda edición, Ed. Interamericana, México, 1965. Pp: 153-155.
4. **Frank H.N.:** "Atlas of Human Anatomy". Second ed. Ed. Masson, Barcelona, 1997. Pp:20-21.
5. **Rouviere H, Delmas A.:** "Anatomía humana, descriptiva, topográfica y funcional". 2da. ed., Masson. Barcelona, 2003. Pp:30-109.
6. **Polo M.:** "Botulinum toxin type A (Botox) for the neuromuscular correction of excessive gingival display on smiling (gummy smile)". Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2008, 133(2):195.
7. **Tjan A, Garber D.:** "The JGP. Some esthetics factors in a smile". J Prosth Dent 1984; 51:24.
8. **Monaco A, Streni O, Marci MC, Marzo G.:** "Gummy smile: clinical parameters useful for diagnosis and therapeutical approach". J Clin Pediatr Dent. 2004; 29: 19.
9. **Litton C., Fournier P.:** "Simple surgical correction of the gummy smile". Plast. Reconstruct. Surg. 1979; 3: 372.
10. **Converse J.:** "Facial surgery". Plast. Reconstruct. Surg. 1977; 3: 1540.
11. **Kawamoto M.K.Jr.:** "Treatment of the elongated lower face and gummy smile". Clinic Plast Surg. 1982; 4: 479.
12. **Robbins JW.:** "Differential diagnosis and treatment of excess gingival display". Pract Periodontics Aesthet Dent. 1999; 11: 265; quiz 273.
13. **Howard H.G.:** "Psiquiatria general". 5a ed. Manual Moderno., 2001. P:369.
14. **Ezquerro F.:** "New approach to the gummy smile". Plast Reconstr Surg. 1999; 104: 1143; discussion 1151.
15. **Miskinyar SA.:** "A new method for correcting a gummy smile". Plast Reconstr Surg. 1983; 72: 397.

## Comentario al trabajo “Simplificando el tratamiento quirúrgico de la sonrisa gingival”

Dr. Fernando Ezquerro Carrera . Santander

Especialista en Cirugía Plástica, Estética y Reparadora. Práctica privada. Santander, España

El trabajo del Dr. Hernán Chacón y cols. propone “una variante quirúrgica innovadora para corregir la sonrisa gingival en pacientes con alteraciones de los tejidos blandos”. Todas las pacientes, 15, son mujeres; a casi a la mitad les practica solo cirugía de labio y a la otra mitad, rinoplastia asociada.

Plantean una nueva técnica de manipulación de los músculos elevadores del labio: “liberar de su inserción ósea los músculos elevadores del ala de la nariz y del labio superior (fascículos común y propio) para insertarlos en un plano más inferior. Esto hará descender el labio, que por otro lado conservará su integridad y su función”. Desde mi punto de vista podría ser discutible que descienda el labio, ni tampoco sería lo deseado en gente joven, 21 años de media, pues estas cirugías lo que pretenden es compensar la exagerada sonrisa de los pacientes; es decir, operamos sobre la dinámica más que sobre la estática. Si solo vamos a actuar sobre la dinámica labial obviando lo esquelético y dental, la exploración debería ser fundamentalmente clínica y de observación directa del paciente mientras conversa o sonrío.

Los autores practican una amplia disección subperióstica: “localizamos la base de inserción de los músculos elevador común del ala nasal y del labio superior y del elevador propio del labio superior, que fueron liberados de su inserción ósea y se les solicitó que sonrieran para corroborar la ubicación de dichos fascículos y facilitar su desinserción”. De acuerdo con mi experiencia personal me sorprende esta afirmación, pues estas cirugías, practicadas con anestesia local infiltrativa, producen justamente una parálisis muscular con mínima acción muscular y por tanto del gesto; por la misma razón entiendo que las rinoplastias las practican con anestesia local o en esos casos no intentarían valorar la respuesta funcional. Dicen también los autores: “posteriormente, identificamos el haz nasolabial y el fascículo incisivo que son prolongaciones del músculo semiorbicular superior, los liberamos de su inserción para reinsertarlos al periostio justo por debajo de la espina nasal anterior, aplicando dos puntos de sutura (vicryl 3-0)”. En mi práctica, me parece realmente difícil disecar los fascículos musculares mencionados, realizar su plastia a la espina nasal y que se queden con una sutura al periostio realizando una acción diferente. Estas cirugías con gran disección de los planos musculares a la altura del labio pueden crear secuelas importantes una vez que nos salimos del plano subperióstico, ya no solo por sangrado, sino por trastornos sensitivos del labio de meses de duración o incluso permanentes, por lo que aconsejo ser muy cautos.

Últimamente se ha publicado por Luis H. Ishida y cols., Miotomía del Levator Labii Superioris y reposición labial: una combinación de técnicas basadas en los conceptos de Rees y La Trenta (liberación del depressor septi nasi y la premaxila subperióstica) por la nariz, si va asociada a una rinoplastia, o por la

boca, de Ezquerro y cols., si va asociada a cirugía de encías o solo a sonrisa gingival. Asimismo, por una incisión en la base del ala de la nariz, realizan una liberación y sección del músculo levator labii superioris como realiza habitualmente Sainz Arregui en la rinoplastia dinámica, aunque extendiéndose a los fascículos medial y central, consiguiendo unos resultados aceptables, y digo aceptables, porque mi experiencia en esta cirugía ha sido y sigue siendo de resultado variable y con poca previsión del resultado final, como así se lo explico a los pacientes antes de la cirugía. En algunos casos hemos obtenido buenos resultados y aquí soy impreciso sobre lo de buenos, pues levantan menos el labio, dependiendo del gesto. No nos olvidemos de que ésta es una cirugía de camuflaje; como aprendimos con el Dr. Ortiz Monasterio estamos intentando compensar un problema con una solución paliativa. Lo más definitivo en la mayoría de los casos es una osteotomía de intrusión de Lefort I en casos de cara larga y que el paciente acepte la cirugía, que es un poco agresiva.

Estamos intentando arreglar un problema dinámico y la respuesta es variable y poco o nada mensurable. Es loable el intento de los autores por corregir la dinámica labial exagerada, pero personalmente sería más cauto en cuanto a la disección labial por posibles secuelas parestésicas, si no anestésicas.

En cuanto a las fotos, sé que es difícil reproducir el gesto igual, pero sería recomendable intentar que fueran más parecidas en el pre y postoperatorio en cuanto a objetivo cercanía y gesto. El primer caso, entiendo que es subjetivo, pero creo que la sonrisa es más que aceptable, levanta el labio y la exposición gingival es como dicen los autores Grado 1 leve; en nuestro medio, una sonrisa gingival leve, en mujer, es atractiva y la vemos con frecuencia en las modelos de las revistas.

### Bibliografía

1. **Ishida L.H., Ishida L.C.:** “Myotomy of the Levator Labii Superioris Muscle and Lip Repositioning: A Combined Approach for the Correction of Gummy Smile”. *Plast Reconstr Surg.* 2010; 126:1014.
2. **Rees TD.:** “The lip-tip-columella complex and alar base”. In: Rees TD, La Trenta GS, eds. *Aesthetic Plastic Surgery.* 2nd ed. Philadelphia: Saunders; 1994. Pp: 245–292.
3. **Sainz Arregui J., Elejalde M.V., Regalado J., Ezquerro F. Berrazueta MJ:** “Dynamic Rhinoplasty for the Plunging Nasal Tip: Functional Unity of the Inferior Third of the Nose”. *Plast. Reconstr. Surg.* 2000;106: 1624.
4. **Ezquerro F, Berrazueta MJ, Ruiz-Capillas A, Arregui JS.:** “New approach to the gummy smile”. *Plast Reconstr Surg.* 1999;104: 1143.

## Respuesta al comentario del Dr. Fernando Ezquerro Carrera

Dr. Hernán Chacón Martínez

Agradecemos los comentarios generales y personales que el Dr. Ezquerro hace hacia nuestro artículo. Totalmente de acuerdo en que la infiltración local produce grados variables de parálisis muscular; sin embargo, siendo cautelosos no solo con el aspecto anatómico sino también en cuanto a la dilución y cantidad a infiltrar, hemos podido ocasionar grados mínimos a moderados de parálisis muscular, de tal manera que en el evento quirúrgico, optimizamos un pequeño esfuerzo muscular por parte del paciente para corroborar y colocar los puntos verdaderamente en un plano muscular.

Coincidimos en la dificultad que representa identificar cabalmente los haces musculares, sin embargo este aspecto pudo ser mejorado al realizar previamente disecciones en cadáver del área anatómica en cuestión (20 cadáveres). Realizamos una disección subperióstica amplia y es precisamente este aspecto el que nos brinda la posibilidad de movilizar tejidos que liberamos para fijarlos al periostio de la espina nasal, porque de otra forma, los tejidos tienden a regresar a su lugar de origen, sobre todo en pacientes relativamente jóvenes. Parte de esta disección es habitual en la reparación de fracturas de maxilar superior o simplemente al drenar un hemoseno.

Coincidimos también con la opinión del Dr. Ezquerro respecto a que algunas técnicas desarrolladas para corregir la son-

risa gingival, tienen en común la sección del músculo levator labii superioris, resultando algún grado de inmovilidad muscular que afecta directamente a la dinámica y por supuesto a la estética facial. Por tal motivo, no seccionamos fascículo alguno, solamente realizamos disección y reposición de tejidos blandos.

Sabemos que los factores que causan sonrisa gingival pueden estar asociados a problemas dentarios, gingivales u óseos. Si la sonrisa gingival de grado leve se acompaña de un rostro con facciones armónicas, puede ser imperceptible e incluso dar un toque atractivo; pero en cambio, una sonrisa gingival en un rostro no armónico puede causar insatisfacción. Por tal motivo, recomendamos realizar este procedimiento en estos pacientes con grados leves a moderados de sonrisa gingival pero a los que les representa un cierto grado de incomodidad, y que por supuesto, no están interesados en procedimientos más ambiciosos e invasivos, incluso cuando estos estén indicados.

Aunque la percepción de los resultados por parte de nuestros pacientes ha sido buena en la mayoría de los casos, somos conscientes de que la ayuda que brindamos es limitada.

Agradecemos mucho los comentarios del Dr. Ezquerro, pues sin ninguna duda, gracias a sus conceptos globales y personales, podemos tener una mejor perspectiva acerca de este procedimiento.